|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de diligenciamiento de solicitud: |  |
| Diligenciado por: Señale con una X | Consulado |  | Unidad Víctimas |  | Solicitante |  |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE Y UBICACIÓN ACTUAL:**
 |
| 1.1. Primer nombre: 1.2. Segundo nombre: 1.3. Primer apellido: 1.4. Segundo apellido: \_1.5. Tipo de documento: 1.6. Número de documento: 1.7. Teléfonos celulares: 1.8. Teléfono fijo: * 1. Correo electrónico:
	2. País actual de residencia:
	3. Ciudad actual de residencia:

1.12 Tiempo de residencia en el exterior:  |
| 1. **INFORMACIÓN SOBRE SU INTENCIÓN DE RETORNO:**
 |
| 2.1. ¿Aparte de usted, qué otros integrantes de su núcleo familiar desean retornar? \* |
| **Nombres y Apellidos** | **Tipo de documento** | **Número de documento** | **Edad** | **Parentesco con el solicitante** | **Nacionalidad** | **Nivel Educativo** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **\*Antes de tomar la decisión de retornar a Colombia consulte con todos los integrantes del hogar incluyendo niños, niñas, adolescentes, personas mayores o personas con discapacidad, para evaluar si este escenario se ajusta a sus expectativas e intereses. Si el grupo familiar excede el campo disponible, adicione las filas que considere necesarias.** |
| 2.2. ¿Tiene una fecha estimada de llegada a Colombia? SI NO ¿CUÁL?  |
| 2.3. ¿Tiene un lugar definido al cual desea retornar? SI NO  | **Si su respuesta es SI, por favor diligenciar la siguiente****fila** |
| Departamento: Municipio: Barrio o Vereda:  |
| 2.4. ¿Tiene vivienda (propia o no) a dónde llegar a Colombia? SI NO ¿DÓNDE?  |
| 2.5. ¿Cuenta con un número telefónico en Colombia? SI NO ¿CUÁL? (puede ser de su red de apoyo) |
| 2.6. ¿Cuenta con familia o amigos en el lugar que desea retornar? SI NO  |
| 2.7 ¿Cuál es su principal motivación para retornar/regresar a Colombia? |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 1. **CARACTERÍSTICAS DEL NÚCLEO FAMILIAR:**
 |
| 3.1. ¿Usted o alguno de los miembros que desea retornar cuenta con alguna condición de salud que necesite una especial atención médica?SI NO ¿CUÁL?  |
| 3.2. ¿Usted o algún miembro de su núcleo familiar que desea retornar cuenta con alguna discapacidad?SI NO ¿CUÁL?  |
| 3.3. ¿Usted pertenece a alguna comunidad indígena o NARP? Indígena NARP Otro /Cuál? \*\*\***N** (Negro), **A** (Afro), **R** (Raizal), **P** (Palenquero) |
| 3.4. ¿Usted tiene condición de refugiado o ha accedido a alguna medida de protección internacional?SI NO ¿CUÁL?  |
| 3.5 ¿Desarrolló o aprendió alguna habilidad, oficio o idioma durante su permanencia en el exterior?SI NO ¿CUÁL?  |
| 3.6. A qué actividad económica usted o algún miembro de su núcleo familiar proyecta dedicarse una vez llegue a Colombia? |
| 3.7. ¿Alguno de los miembros que desean retornar no ha declarado su condición de víctima en Colombia?SI NO Quien (Nombre)  |
| 1. **NECESIDADES A SU REGRESO:**
 |
| 4.1. ¿Usted o alguno de los miembros de su núcleo familiar desea recibir acompañamiento psicosocial una vez regrese a Colombia?SI NO  |
| 4.2. ¿Usted o alguno de los miembros del núcleo familiar que desea retornar requiere convalidar títulos académicos obtenidos en el exterior?SI NO ¿CUÁL?  |
| 4.3. ¿Usted o alguno de los miembros del núcleo familiar que desea retornar requiere definir situación militar en Colombia?SI NO  |
| 4.4. ¿Usted o alguno de los miembros del núcleo familiar que desea retornar requiere expedir, actualizar o acceder a duplicado de documentos de identidad?SI NO ¿CUÁL?  |
| Por favor **imprima, diligencie, escanee y envíe** este formato al correo servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co o **envíe** su solicitud junto con el formato ingresando a [http://www.unidadvictimas.gov.co,](http://www.unidadvictimas.gov.co/) link **Unidad en Línea** y luego en la pestaña de **Víctimas en el Exterior,** bajo la orientación de **Retorno a Colombia**. Su solicitud será atendida en las dos semanas siguientes al envió de la misma. |
|  |  |
| Nombre y cédula del solicitante |
|  |  |
| Firma |

**CONTROL DE CAMBIOS:**

| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| --- | --- | --- |
| V1 | 04/03/2021 | * Creación del Formato.
 |
| V2 | 11/07/2022 | * Se modifica el enfoque diferencial de AFRO a NARP
 |